Tuberkulose und künstlicher Abort.

□□□

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians Universität München

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Ludwig Schäffler

aus

Greifenberg a. A.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

□□□

Straubing.

Druck von M. Meyer & H. Zeitler.

1911.

Referent:
Universitäts-Professor Dr. Döderlein.

Lebenslauf.

Am 25. Dezember 1882 wurde ich geboren in Greifenberg a. Ammersee als Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Lorenz Schäffler und seiner Frau Sophie. 1888—1892 besuchte ich die Volksschule in München. Herbst 1892 –1901 das kgl. Maxgymnasium in München. W.-S. 1901—S.-S. 1908 studierte ich an der kgl. Universität München Medizin. S.-S. 1904 unterzog ich mich dem medizin. Zwischenexamen und im W.-S. 1908 dem medizin. Staatsexamen, das ich am 1. Mai 1910 vollendete. Mai 1910—Mai 1911 legte ich das prakt. Jahr ab und zwar je 4 Monate an der chirurgischen, der medizinischen Poliklinik und der kgl. Frauenklinik München. Mai 1910 promovierte ich mit dem Thema „Tuberkulose und künstl. Abort" bei der medizinischen Fakultät München.

Ludwig Schäffler,
approb. Arzt.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545805_0151

Von den chronischen Infektionskrankheiten ist ausser der Lues von grösstem Interesse für den Geburtshelfer die Tuberkulose.

Was die Beeinflussung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts durch Tuberkulose betrifft, so gilt im allgemeinen der Satz, dass eine Beeinträchtigung nicht stattfindet. Erfahrungsgemäss gilt dies jedoch nur für Fälle, in denen die Tbc. nur geringe Fortschritte gezeigt hat. Wenn der Körper kräftig ist, und in gutem Ernährungszustand sich befindet, wenn durch Atmung und Zirkulation der Sauerstoffbedarf gedeckt werden kann, findet man einen ganz normalen Verlauf der Schwangerschaft. Frauen mit beginnender Tbc. bringen vielfach recht kräftige, lebensfrische Kinder zur Welt, die von der gefährlichen Erkrankung der Mutter verschont zu sein scheinen. Geburts- und Nachgeburtsperiode verlaufen ohne Störung, desgleichen weicht das Wochenbett nicht von der Norm ab. Nur das Stillgeschäft ist meistens beeinträchtigt, teils aus Mangel oder ungenügender Zusammensetzung der Milch, teils durch die doch geschwächte Konstitution und die allgemein beeinträchtigte Entwicklung des Körpers.

So hat Freund unter 4000 Gebärenden 26 Fälle von alter Tbc. leichten Grades beobachtet, die sämtlich Geburt und Wochenbett gut überstanden.

Dagegen bei fortgeschrittenen schweren Fällen von Tbc. der Lungen ist eine Beeinflussung der Schwangerschaft deutlich zu sehen. Hier kommt es vielfach zu

vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft, zur Geburt nicht ausgetragener, wenig lebenskräftiger Kinder, die meist bald nach der Geburt zugrunde gehen.

Die Nachkommenschaft tbc. Frauen ist direkt und indirekt gefährdet. Wenn auch solch schwächliche, elend aussehende Kinder lebensfähig bleiben, so behalten sie doch eine gewisse Disposition, eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen spätere Infektion. Sie fallen dann im zweiten oder dritten Dezennium einer Lungen- oder Drüsentbc. oder auch anderen intercurrierenden Krankheiten zum Opfer.

Es können wohl auch schwerkranke, abgezehrte Frauen kräftige, gut entwickelte, sogar grosse Kinder zur Welt bringen, allerdings im Verhältnis zur Gesamtzahl der Geburt in verschwindenden Ausnahmen.

Eine hervorragende Rolle spielen die sozialen Verhältnisse. Durch sofortige Isolierung und sachgemässe Pflege mag es gelingen, in manchem Falle Kinder auch aus ärmlichen Verhältnissen zu erhalten.

Der Grund zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft ist nach Freund nicht etwa Fieber sondern ein asphyktischer Zustand, eine Kohlensäureüberladung des Blutes infolge Mangels an respirationsfähigem Lungengewebe. Etwaige Störungen wie stärkere Blutungen in der Nachgeburtsperiode sind nicht kompliziert.

Was den Einfluss der Tbc. auf die ausgetragenen Kinder betrifft, so steigt die Gefährdung mit dem Grade der Erkrankung der Mutter.

Von vielen Autoren wird auf die Unzulänglichkeit der Milch tbc. Wöchnerinnen und auch auf die Möglichkeit der Infektion des Kindes durch die Muttermich hingewiesen.

Eine grössere Rolle spielt die congenitale Uebertragung der Tbc. der Mutter auf die Frucht.

Allgemein galt der Grundsatz, dass ein Uebertritt der Tbc. der Mutter durch die Plazenta auf das Kind unmöglich sei, dass vielmehr die Plazenta eine gute Isolierungsschicht bilde.

Durch eingehende Forschungen wurde nun nachgewiesen und zwar zunächst an Tieren, dass tatsächlich die Plazentarscheidewand für Tuberkelbazillen durchgängig ist und eine congenitale Infektion stattfinden kann. Diese Tatsache wurde zuerst von Johne von Molwoz und Brouvier am Kalbe nachgewiesen.

Daran reihen sich eine Menge Forschungen auch an anderen Tieren, wie Kaninchen und Meerschweinchen. Kockel und Lungwitz kamen auf Grund genauer mikroskopischer Untersuchungen zu der Annahme, dass Tuberkelbazillen auch durch das unverletzte Zottenepithel und zwar ohne Mithilfe von Leucocyten übertreten. Wenn die an der Uterusschleimhaut sitzenden Tbc.herde die Zotten zerstören und in ihr Inneres einbrechen, dann erfolgt freilich eine Ueberschwemmung des Foetus mit Bazillen leichter.

Dass die menschliche Plazenta ebenfalls Sitz der Tbc. sein kann, wurde wissenschaftlich exakt nachgewiesen von Schmorl und Birch-Hirschfeld im Jahre 1891. Eine Reihe früherer Beobachtungen, die nicht streng beweisend waren, aber doch mit grösster Wahrscheinlichkeit eine intrauterine Infektion annehmen liessen, lagen bereits vor.

Schmorl und Birch-Hirschfeld fanden bei einem Foetus vom 7. Monat, der von einer an Tbc. verstorbenen Mutter stammte, in der Placenta und zwar in den intervillösen Räumen zwischen den Zottenepithelien und in den Chorionzotten, dann im Nabelvenenblut und in den Lebercapillaren Tbc.bazillen. Geimpfte Kaninchen gingen an typischer Tbc. zugrunde. Auch Tbc.Knötchen wurden von ihnen später in der Plazenta gefunden. Einen mikroskopischen Nachweis der Tbc. der Plazenta fand Lehmann ohne im Foetus Bazillen finden zu können. Runge gelang der Nachweis von Miliar-Tbc. in der Decidua basilaris, und damit der Nachweis der Endometritis decidualis Tuberculosa, der für den Modus der Infektion von grosser Bedeutung ist. Schmorl und Kockel fanden dann auch zahlreiche miliare Knötchen in der Decidua basalis und bei erneuter Untersuchung auch in dem ersten Schmorl-Birch-Hirschfeld'schen Falle. Die Infektion kommt wohl so zustande, dass die Tbc.herde der Decidua in die intervillösen Räume hineinwachsen, das Zottenepithel zerstören und die Zotten nach und nach zur Verkäsung bringen. Dabei können foetale Gefässe eröffnet werden und die Bazillen in die foetale Zirkulation gelangen.

Die Tbc. Endometritis decidualis ist jedoch nicht immer Ursache der Infektion. Es können auch die im mütterlichen Blute suspendierten Tbc.Bazillen, wie stets bei Miliartubc., sich in den intervillösen Räumen fest-

setzen und die mütterliche wie die foetale Plazenta ergreifen.

Auch ein Fall von primärer Tbc. der Zotten ohne Veränderung der intervillösen Räume und der Decidua wird von Schmorl und Kockel angegeben.

Vergleicht man die kleine Anzahl von Fällen, wo interuterine Infektion stattfindet, und nachgewiesen werden kann, zu der grossen Verbreitung der Tbc., so muss man zu dem Schluss kommen, dass die congenitale Uebertragung eine seltene Ausnahme bildet, die unter ganz besonderen Fällen auftritt.

Diese besonderen Fälle beruhen wohl darin, dass die beste Scheidewand, welche die Plazenta zwischen mütterlichem und foetalem Kreislauf bildet, durchbrochen wird und gleichzeitig Tbc.bazillen an diese Stelle gelangen. Das ist am ehesten der Fall, wenn ein Tbc.herd in der Placenta selbst sitzt, nach allen bisherigen Erfahrungenn sind aber solche Herde sehr selten.

Ausser der Plazentartbc. ist die Möglichkeit eines Uebergangs gegeben, wenn die mütterlichen und foetalen Gefässe unter dem Einfluss hohen Fiebers oder eines Traumes Continuitätstrennung erfahren und gleichzeitig an diese Stelle Tbc.bazillen gelangen. Solche Continuitätstrennungen finden sich aber nach den vorliegenden Beobachtungen nur in Ausnahmefällen.

Aus allen Versuchen geht hervor, dass die plazentare Vererbung, die intrauterine Infektion möglich ist, dass sie aber keineswegs so häufig auftritt, dass sie eine Hauptverbreitungsweise der Tbc. bildet.

Was den Einfluss der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts auf den Verlauf der Tbc. anbelangt, herrschen sehr verschiedene Ansichten bei den einzelnen Autoren.

Baumes und Rozière de la Chassagne vertraten die Ansicht, dass Tbc. durch die Schwangerschaft gehemmt würde und stellen den Satz auf:

„Von zwei gleich schwer an Tbc. erkrankten Frauen muss die geschwängerte die nichtgeschwängerte überleben."

Wernich verteidigte noch 1873 diese alte Anschauung von dem günstigen Einfluss der Tbc. und Ruehle (1877) erklärte einen Stillstand der Tbc. während der Schwangerschaft für häufig, doch sah er sehr oft post puerperium floride Fälle mit rasch tötlichem Verlauf. Diese Ansichten von Baumes und

Rozière de la Chassagne verwarf Grisolle 1850 durch seine Beweise, dass die Tbc. in der Schwangerschaft einen viel rapideren Verlauf nimmt, ohne die Schwangerschaft selbst zu beeinflussen. Seine weitere Behauptung, dass die Tbc. während des Wochenbetts stationär bleibt, bekämpft Lebert (1872); nach ihm kann das puerperium nicht nur die Krankheit hervorrufen, wenn Anlage vorhanden, sondern beschleunigt sogar den Verlauf.

Wohl werden immer Fälle zur Beobachtung kommen, in denen eine Gravidität anscheinend einen günstigen Einfluss auf die Tbc. ausübt, doch dürfte wohl solch ein Stillstand der Tbc. eine Besserung des Leidens eher der modernen Therapie der Tbc. als der Gravidität zuzuschreiben sein.

In neuerer Zeit ist man allgemein zu der Ansicht gelangt, dass eine Schwangerschaft für eine an Tbc. erkrankte Frau ein wenig wünschenswertes gefährliches Ereignis ist, dass der Ausbruch, der ungünstige Verlauf und der oft rasch tötliche Ausgang einer Tbc. bei den meisten Frauen auf Gravidität zurückgeführt werden kann.

Für diesen schädlichen Einfluss der Schwangerschaft werden die verschiedensten Erklärungen gegeben. Meist werden die Veränderungen im Kreislauf und Atmung während der Gravidität, ihr Einfluss auf Herz und Lunge verantwortlich gemacht. Hanau findet bei der Sektion von vier post partum rasch tötlich verlaufenden Fällen eine Autoinfektion durch Aspiration von Cavernenmassen infolge der forcierten Respiration während des Geburtsaktes.

Ueber die Häufigkeit des schädlichen Einflusses der Generationsvorgänge liegen wertvolle ziffernmässige Angaben einzelner Autoren vor (aus Pradella). Jakubasch bringt in 24% der Fälle die Entstehung der Tbc. mit den Generationsvorgängen in Verbindung.

Jakob und Pannwitz führen bei 337 phtysischen Frauen 84mal (25%) die Entstehung oder Verschlimmerung der Tbc. auf Gravidität, Geburt und Wochenbett zurück.

Turban sah in unmittelbarem Anschlusse an Gravidität und Wochenbett den ersten Ausbruch der Tbc. in 18 Fällen.

Flint beobachtet 87 phtysische, 22 mal erfolgte die

Erkrankung wegen Conception und zwar 10 mal während der Schwangerschaft und 12 mal nach der Entbindung.

Merletti hat eine Verschlimmerung beobachtet in 50%.

Maragliano in 59% Ausbruch der Erkrankung.

Kaminer fand Verschlimmerung bei 66%, keinen Einfluss bei 16%.

Lebert kommt zu dem Schluss: „Gravidität und Wochenbett wirken in dreiviertel Fällen nachteilig inbezug auf Entwicklung und Fortschreitung der Tbc.

Der ungünstige Einfluss, welchen Lungentbc. auf die Schwangerschaft ausübt, äussert sich ohne Rücksicht auf das Stadium der Erkrankung.

So berechnet Eich, welcher über annähernd 6 bis 10 Fälle von Phthysis incitiens verfügt, trotz der Mehrzahl der leichten Erkrankung den Prozentsatz, der durch Gravidität ungünstig beeinflussten Fälle auf 75%, Kaminer auf 66%. Auch aus anderen Berichten ersehen wir, dass eine verhältnismässig grosse Anzahl der durch die Schwangerschaft verderblich beeinflussten Fälle zu den leichten gehörten.

Was den Einfluss gewisser Altersperioden betrifft, so gilt, dass Frauen im dritten Dezennium ganz besonders durch Generationsvorgänge gefährdet sind.

Auf die grosse Gefahr wiederholter und rasch aufeinanderfolgender Schwangerschaften wurde von jeher hingewiesen. Sicher ist auch der Anteil an dem verderblichen Einfluss der Lungentbc., den Komplikationen nehmen, die innerhalb der Generationsvorgänge auftreten.

Von denjenigen seitens der Schwangerschaft werden als am gefährlichsten bezeichnet die, welche auf Störungen der digestiven Funktionen beruhen, vom einfachen, besonders länger anhaltenden Erbrechen bis zur Hyperemesis. Von denjenigen seitens der Tbc. namentlich die Tbc.kehlkopf- und Darmerkrankungen.

Wohl mit am unheilvollsten beeinflussen ungünstige Lebensverhältnisse den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Dafür, dass die Krankheit während des Wochenbetts einen noch rapideren Verlauf nehme als während der Schwangerschaft, sind keine Beweise erbracht. Auch ist eine befriedigende Erklärung hiefür nicht gegeben worden.

Die Erkenntnis der geschilderten Wechselbeziehungen zwischen Schwangerschaft und Tbc. mussten die Aerzte notwendigerweise veranlassen, in therapeutischer Beziehung Stellung zu nehmen. Hiebei sind aber nicht nur ärztliche Interessen, sondern auch juristische und theologische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Das Beste wäre die Prophylaxe, die Auvard in die Worte fasst: „Jeune fille — pas de mariage, femme — pas d'enfants, mère — pas d'allaitement."

Ein Ehe- bezw. Schwangerschaftsverbot für Frauen, die an Tbc. gelitten haben, wäre in jedem Falle gerechtfertigt und zwar sollte dieses Verbot erst aufgehoben werden, wenn das Leiden zwei Jahre lang zum Stillstand gekommen ist.

Da aber ein solch striktes Gebot nicht durchzuführen ist, so soll an seine Stelle die Aufklärung und Beratung des Arztes treten, der hinweist auf die Gefahren der Eltern und Nachkommenschaft.

Ist aber trotz aller Ermahnungen Conception eingetreten, so ist eine stetige ärztliche Ueberwachung notwendig. Ist ein acuter Ausbruch, ein stetes Fortschreiten der Krankheit zu bemerken, verfallen zusehends die Kräfte, so dass das Leben der Mutter gefährdet erscheint, so tritt die Frage an den Arzt heran, ob abwarten oder diese Schwangerschaft unterbrechen.

Die Frage, ob eine Schwangerschaft bei festgestellter Tbc. zu unterbrechen ist, soll immer von Fall zu Fall entschieden werden.

Pradella unterscheidet zwei Indikationsstellungen, eine therapeutische und eine prophylaktische.

Bei leichten und vor allem bei stationär bleibenden Fällen ist für den Arzt kein Anlass gegeben, aus seiner abwartenden Stellung herauszutreten. Er wird die Schwangerschaft sorgsam überwachen, um jedes Progressivewerden rechtzeitig bekämpfen zu können.

Frauen jedoch, wo jede frühere Schwangerschaft erfahrungsgemäss einen Nachschub des Leidens hervorrief, ferner bei solchen, wo nach erfolgter Spontangeburt das Leiden im Puerperium stets progressiv wurde, ist besonders, wenn schon von früheren Geburten her schwere Schädigungen vorliegen, die Unterbrechung der Schwangerschaft geboten.

Ferner ist die künstliche Unterbrechung indiziert in allen Fällen, wo die Prognosestellung des mütterlichen

Leidens einen Stillstand oder eine Ausheilung erwarten lässt.

Auch in allen Fällen, wo durch eine konservative Behandlung das Leiden nicht zum Stillstand kommt, sondern stetige Progredienz zeigt, ist die künstliche Unterbrechung angezeigt.

Endlich auch da, wo die äusseren Verhältnisse eine geeignete Behandlung verhindern wie bei Frauen in ärmlichen Lebensverhältnissen.

Zu den gefährlichsten Komplikationen der Schwangerschaft gehört wohl die Kehlkopftbc.

Seitz berichtet, dass primäre und sekundäre Kehlkopftbc. sich während der Schwangerschaft so rapid wie kein anderes Leiden verschlimmern. Kommt eine Tbc.laryngis im Beginn der Schwangerschaft zur Behandlung, so empfiehlt er unter allen Umständen den künstlichen Abort. Er erklärt diese Indikation für eine der wichtigsten.

Was die juristische Seite der Berechtigung betrifft, so wird viel dafür und dagegen gesprochen. Jedenfalls tut jeder Arzt gut, sich vor einer Operation mit einem oder mehreren Kollegen zu beraten, um dann ruhigen Gewissens nach der gemeinsamen Entscheidung handeln zu können.

Auch von der Gefahr des Missbrauches wurde gesprochen. Dieser Einwurf ist leicht zurückzuweisen mit der Bemerkung, dass ja der Arzt nie gezwungen werden kann, und wohl auch eine Tbc. schwer vorzutäuschen ist.

Auch der päpstliche Stuhl hat sich prinzipiell gegen die Unterbrechung der Schwangerschaft vor erreichter Lebensfähigkeit des Kindes ausgesprochen.

In dem Punkte der Indikationsstellung sehen wir sehr entgegengesetzte Meinungen.

So ist nach Kossmann Phthysis pulmonum keine Indikation zum künstlichen Abort.

Maragliano dagegen unterbricht bei jeder tuberkulösen Frau die Schwangerschaft.

Hamburger, der sich hauptsächlich mit dem Einfluss der Schwangerschaft bei Tbc. der Arbeiterfrauen beschäftigte, hält den künstlichen Abort für geboten, sobald im Sputum Tbc.-Bazillen nachgewiesen sind.

Die meisten Autoren erkennen eine prinzipielle Unterbrechung bei sicher nachgewiesener Tbc. nicht an.

Himmelfarb hält den künstlichen Abort für berechtigt, wenn Aussicht auf volle oder auch relative Heilung besteht.

Acconci leitet in leichten Fällen den künstlichen Abort ein, um die Mutter zu retten in schweren Fällen, bei lebensfähigem Kinde rät er zur künstlichen Frühgeburt.

Paddoek ist ein Gegner, die einzige Indikation ist ein lebensfähiges Kind, wenn die Mutter moribund ist.

Kikuth hält beginnende Tbc. und fortschreitende Phthyse für eine absolute Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts.

Lop und Heymann vertreten den Standpunkt, dass in manchen Fällen, in denen durch Gravidität eine Verschlimmerung nachzuweisen ist, künstl. Abort sehr wohl den Prozess aufhalten kann und daher bei gefahrdrohenden Erscheinungen absolut angezeigt ist.

Veit verlangt eine prinzipielle Empfehlung des künstl. Aborts zu verwerfen und von Fall zu Fall zu entscheiden. Diese Ansicht wird wohl auch die meiste Zustimmung finden.

Aus dem unfangreichen Referat von Rosthorn (vorgetragen in der mittelrhein. geburtshilfl. Ges. zu Frankfurt a. M. 1906) entnehmen wir:

Der künstl. Abort ist der künstl. Frühgeburt als das weniger eingreifende Verfahren vorzuziehen. Die lungenkranke Frau, welche die künstliche Frühgeburt glücklich übersteht, würde in den meisten Fällen die Geburt am normalen Ende der Gravidität überstanden haben.

Der künstl. Abort kann und muss diskutiert werden:

1. bei allen destruktiven fieberhaften Prozessen, ob frischeren oder älteren Datums,

2. bei leichteren und selbst ganz leichten Fällen, wenn Komplikationen von Seiten des Herzens etc. vorliegen. Besonders Tbc. des Larynx, speziell wenn sie an den Aryknorpeln sitzt.

3. bei relativ geheilten Fällen dann, wenn trotz geeigneten hygienisch-diätetischen Verhaltens ausgesprochene und fortschreitende Abmagerung eingetreten ist.

Ganz bestimmte Normen betreffs der Notwendigkeit und des Zeitpunktes der Einleitung des künstl. Aborts bestehen nicht.

Die Entscheidung soll im Einzelfalle wenn möglich von einem Gynäkologen im Verein mit einem erfahrenen Internisten getroffen werden.

Auch Martin spricht für Entscheidung von Fall zu Fall, möchte aber gewisse Gesichtspunkte hervorheben, unter denen der künstl. Abort unternommen werden soll.

Vor allem deutliche Verschlimmerung des Leidens bei rasch aufeinanderfolgender Gravidität, dann die Gravidität nur bei leichteren und mittelschweren Fällen und zwar im ersten Drittel zu unterbrechen.

Als wertvolles Hilfsmittel weist er auf den Ausfall der conjunctivalen Tuberkulinreaktion hin.

Nun zur wichtigen Frage des Zeitpunktes.

Wenn irgendwie möglich, soll der Arzt sich auf den Standpunkt stellen, für Mutter und Kind gleich zu sorgen, einerseits ist zu bedenken, dass jedes Abwarten, auch die kürzeste Zeit der Lebensfähigkeit des Kindes zugute kommt, während andererseits jeder Aufschub das Leiden der Mutter und damit die Aussicht auf Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit in Frage stellt.

Es ist eben der Tbc. eigen, dass, falls einmal Schädigungen vorhanden sind, auch im günstigsten Falle, d. h. wenn nach der Geburt ein Stillstand eintritt, mehr oder minder grosse Mängel zurückbleiben.

Im Interesse der Mutter ist der künstl. Abort so bald wie möglich angezeigt, wenn Progressivität der Tbc. auftritt zu einer Zeit, wo die Frucht noch nicht lebensfähig ist und nach ärztlichem Ermessen durch Abwarten bis zum Zeitpunkt der Lebensfähigkeit die Prognose der Mutter sich derart verschlimmern würde, dass Gefahr für beider Leben auftritt.

Zudem ist der Eingriff umso schonender, die Schädigungen der Schwangerschaft um so kürzer, je eher der künstl. Abort eingeleitet wird; während eine künstl. Frühgeburt sich nicht viel von einer normalen Geburt unterscheidet, das Leben des Kindes nicht gewährleistet, jedoch das der Mutter in höherem Mass gefährdet wird.

Auch hat vom sozialen Standpunkt aus bei aller Rücksicht auf das Kind die Mutter meist als Ernährerin einer zahlreichen Familie mehr Recht auf Erhaltung des Lebens, ausgenommen bei ohnehin hoffnungsloser Erkrankung.

Es ist bei guter Prognosestellung für die Mutter die Schwangerschaft bestens vor der 28. Woche zu unterbrechen.

Ueber den therapeutischen Wert des künstlichen Aborts zeigen zahlenmässige Statistiken sehr verschiedene z. T. ganz entgegengesetzte Werte; die einen Autoren können grösstenteils gute Erfolge aufweisen, während bei anderen Erfolg und Misserfolg die Wage halten oder auch Misserfolg überwiegt. Es sind auch deshalb immer noch die Meinungen über den therapeutischen Erfolg sehr geteilt.

Jedenfalls wird aber die künstliche Unterbrechung der Schwa gerschaft nach sorgfältiger Indikationsstellung rechtzeitig vorgenommen, in vielen Fällen sehr segensreich wirken. Es darf deshalb auf keinen Fall der künstl. Abort verworfen werden.

Fälle.

1. Fall. Aufgenommen 26. XI. 07.

K. Anna, Taglöhnersfrau, 35 Jahre, 12 gravida, II. Mens.

Seit Ende September 07 klagt Gr. über stärkeren Husten, Stechen auf der Brust, viel Nachtschweisse und stark gestörtes Allgemeinbefinden. — Gr. ist schon längere Jahre lungenleidend. Seit Anfang März 07 verspürt sie bedeutende Verschlechterung. Menses stark, alle 14 Tage — 4 Schwangerschaften wurden durch künstl. Abort beendet und zwar die 6. im 3. Monat, die 9. im 5. Monat, die 11. im Mai 1906 in der Klinik, Gr. ist nun zum 12. Male im 2. Monat. Bei jedesmaliger Schwangerschaft wurden die Beschwerden von Seiten der Lungen beträchtlich gesteigert. Nach Unterbrechung fühlte sich Gr. wieder relativ wohl.

Befund am 26. XI. 07.

Links hinten über der Lunge grössteils Dämpfung, reichliches Rasseln, Atemgeräusch teils bronchial, teils unbestimmt. Rechts hinten ohne Schallverkürzung und Rasseln. Tbc. des linken Ober- und Unterlappens, Uebergreifen auf den rechten Oberlappen.

28. XI. 07. Einleitung des künstl. Aborts.

4. XII. Entlassung aus der Klinik mit bedeutender Besserung des Allgemeinbefindens.

18. I. 08. Sterilisation bei der Entlassung Wohlbefinden. Brustschmerzen gering und vereinzelt.

26. 4. 10. Befindet sich wohl, ist arbeitsfähig, Untersuchung verweigert.

2. Fall. Aufgenommen 18. V. 08.

M. Katharina, Maschinistensfrau, 29 Jahre, 4 Gr. 2. Mens.

Gr. hat viel mit Katarrh und Husten zu tun, Stechen hie und da auf der linken Achsel. Allgemeinbefinden relativ gut. Seit Ende März besteht Gravidität. Gr. klagt seit Anfang April über stärkeren Husten, besonders nachts, fast andauerndes Stechen auf der linken Schulter, vereinzelte Nachtschweisse. Ferner ermüdet sie ziemlich rasch. Hie und da leichtes Fieber. Vorausgegangen sind 3 Spontangeburten, ohne jegliche Störung des Allgemeinbefindens.

Befund am 18. V. 08.

Dämpfung in der linken Lungenspitze und Rasseln, Atemgeräusch links unbestimmt, rechts verschärftes Exspirium.

20. V. Einleitung des künstl. Aborts.

23. V. Beschwerden bedeutend gebessert, insbesondere der quälende Husten nachts. Entlassung.

26. 4. 10. Nicht auffindbar.

3. Fall. Aufgenommen 11. VI. 08.

R. Anna, 23 Jahre, ledig, 3. Gr. 3. Mens.

Gr. war als Kind rhachitisch. Vor 3 Jahren Lungenspitzenkatarrh, 1905 ein Abort im 6. Mens., 1907 Spontangeburt, Kind starb nach 2½ Monaten angeblich an Schwäche. Seit Ende März 3. Gravidität. Im 2. Monat starke Heiserkeit, Husten gering, ab und zu Nachtschweisse. Anfang Juni ex ab rupto heftige Blutungen ex utero.

Befund am 11. VI. 08.

Tbc. laryngis incip. Ueber der linken Lungenspitze Dämpfung, Atemgeräusch vesiculär verschärft, Exspirium rauh. Vereinzeltes Knacken.

12. VI. Einleitung des künstl. Aborts.

22. VI. Entlassung auf eigenen Wunsch, Heiserkeit fast behoben, über Allgemeinbefinden keine Klage.

26. 4. 10. Larynxthyse anscheinend stationär, ist in steter Behandlung. Allgemeinbefinden sehr abwechselnd.

4. Fall. Aufgenommen 11. IX. 08.

E. Anna, verheiratet, 29 Jahre, 8 Gr. 2 Mens.

Gr. kommt mit heftigen stechenden Schmerzen im Rücken, starkem Husten und gelblich-grünem Auswurf.

Die Beschwerden, welche seit längerer Zeit schon in geringem Masse bestehen, haben sich seit Mitte August bedeutend gesteigert. Seit Ende Juli besteht Gravidität. Gr. hat sieben schwere Geburten durchgemacht (2 Steisslagen). Schon bei den letzten zwei Geburten ähnliche Beschwerden, aber nicht von dieser Heftigkeit.

Befund am 11. IX. 08.

Phthysis pulmonum (genauer Status nicht aufgenommen).

12. IX. Einleitung des künstl. Aborts.

18. IX. Keine wesentl. Besserung, lediglich das Müdigkeitsgefühl und die grosse Mattigkeit sind geschwunden. Entlassung.

26. 4. 10. Nicht auffindbar.

5. Fall. Aufgenommen 15. X. 08.

M. Pauline, Aufsehersfrau, 31 Jahre, 5 Gr. 6 Mens. Seit Mitte April besteht Gravidität, vorausgehend 4 Spontangeburten. Das letzte Kind starb bald an Meningitis (?) Verlauf dieser Schwangerschaft ohne wesentliche Störungen. Nach dem 4. Partus starke Blutung. Seit Bestehen der 5. Gravidität starker Husten mit gelblichem Auswurf, grosse Mattigkeit, Stechen auf der Brust. Ende September — 6. Monat — heftige Haemoptoe, mit schwerem Darniederliegen. Sputum noch verschiedenemale nachher blutig tingiert.

15. X. Einleitung des künstl. Aborts.

27. X. Entlassung, kein blutiges Sputum mehr, leichte Besserung der Beschwerden und Hebung des Kräftezustandes.

26. 4. 10. Nicht in München gemeldet.

6. Fall. Aufgenommen 30. XI. 09.

B. Frieda, verheiratet, 29 Jahre, 3 Gr. 2. Mens.

Gr. wird von der Prof. Schlösser'schen Augenklinik geschickt mit der Diagnose irido cyclitis tuberculosa, die seit zwei Jahren besteht. Durch die neue Gravidität bedeutende Verschlimmerung, das eine Auge ist bereits verloren, für das andere besteht höchste Gefahr. Erster Partus spontan, Kind lebt, II. Partus 08, Eklampsie, Frühgeburt 7. Monat.

Befund am 30. XI. 09.

Gr. anämisch, ziemlich reduziert. Auf der Lunge kein wesentlicher Befund.

2. XII. Einleitung des künstl. Aborts.

10. XII. Entlassung, Allgemeinbefinden gebessert.

26. 4. 10. Die Sehkraft des einen Auges hat sich nicht mehr verschlechtert, Pat. befindet sich wohl, sie ist arbeitsfähig und zufrieden.

7. Fall. Aufgenommen 2. XII. 09.

H. Karoline, ledig, 21 Jahre, 2 Gr. 5. Mens.

Gr. machte im November 08 eine Nephrectomie wegen Nierentbc. durch. Gleichzeitig hatte sie Lungenspitzenkatarrh mit starkem Husten und Nachtschweissen. Vor 2 Jahren Lungenentzündung. 1907 erster Partus, Kind lebt, kränklich. Seit Anfang Juli Gr. Sie kommt in die Klinik mit sehr heftigem Husten und schwerem Krankheitsgefühl. Starke Nachtschweisse, Fieber.

Befund am 2. XII. 09.

Ueber der Lunge links hinten unten Dämpfung und bronchiales Atmen, über dem linken Oberlappen zahlreiche Rasselgeräusche, rauhes Atmen. Temp. am ersten Tage 40,5

4. XII. Einleitung des künstl. Aborts.

10. XII. Entlassung, kein Fieber mehr, objektiver Befund im ganzen unverändert, subj. Befinden bedeutend gebessert.

26. 4. 10. Subjektive Beschwerden gering, wenig Husten, keine Nachtschweisse, Appetit wechselnd, Zunahme des Körpergewichts. Patientin ist mit ihrem Zustande zufrieden.

8 Fall. Aufgenommen 3. XIII. 09.

H. Anna, ledig, 21 Jahre, erst 1 Cr. 5. Mens.

Gr. hat als Kind viel an Drüsenschwellungen gelitten. Im Mai 09 wurde sie wegen Eiterung und Fistelbildung an der linken Mamma operiert. Desgleichen bestehen starke Beschwerden von Seiten der Lungen und des Herzens. Letztere beruhen auf einer Mitralinsuff., welche nach Polyartritis rheum. acut. zurückblieb. Gr. magert seit einiger Zeit stark und stetig ab und klagt über grosse Mattigkeit.

Befund am 3. XII. 09.

Mastitis tuberculosa, Phthysis pulmonum. 2 St.

4. XII. Einleitung des künstl. Aborts.

10. XII. Entlassung, augenscheinliche Besserung des Allgemeinbefindens. Lokale Prozesse unverändert.

26. 4. 10. Kein Husten mehr, keine Schmerzen am Rücken, Appetit gut, Zunahme des Körpergewichts, Wohlbefinden, Aussehen gut, ist in Stellung seit 1. März und fühlt sich wohl.

9. Fall. Aufgenommen 28. II. 10.

B. Anna, Lokomotivführersfrau, 32 Jahre, 10 Gr. 3. Mens.

Gr., deren Mutter an Tbc. pulmon. gestorben, leidet seit längerer Zeit an Lungenspitzenkatarrh. Sie hat neun Entbindungen durchgemacht. 7 Kinder leben. Seit 24. Dezember 09 wieder gravid. Waren die Beschwerden bis dahin nur geringerer Natur, so klagt sie seit dem Eintreten der Gravidität über stärkere, stechende Schmerzen auf der Brust. Nachtschweisse, Appetitlosigkeit und grosse Mattigkeit. Sie wurde vom Bahnarzt längere Zeit beobachtet und behandelt und schliesslich in die Klinik überwiesen.

Befund am 28. II. 10.

Gr. ziemlich reduziert, hat gelbliche Gesichtsfarbe, Husten gering, Nachtschweisse stark, hauptsächlich grosse Mattigkeit und schweres Krankheitsgefühl. Ueber der rechten Lunge deutliche Schallverkürzung und feines Rasseln. Röntgendurchleuchtung zeigte einen Schatten über der rechten Lungenspitze und einige infiltrirte peribronchiale Lymphdrüsen rechts.

4. III. 10. Einleitung des künstl. Aborts.

6. III. 10. Auf eigenen Wunsch verlässt Pat. die Klinik mit der Angabe, sie fühle sich etwas kräftiger und wolle ein Sanatorium aufsuchen.

26. 4. 10. Ist noch im Sanatorium, Pat. geht es angeblich gut.

10. Fall. Aufgenommen 4. III. 10.

Sch. Helene, Schneidersfrau, 24 Jahre, 4 Gr. 4. Mens.

Gr. hatte vor 6 Jahren einen Lungenspitzenkatarrh und wurde damals als geheilt aus der Behandlung entlassen. Seit August 09 ist sie von Neuem erkrankt mit Husten, Stechen auf der Brust, Abmagerung. Sie steht seitdem in poliklinischer Behandlung. Vorhergehen zweier Partus. Die beiden Kinder leben, das jüngere angeblich schwach und lungenkrank, dann folgt ein Abort im 4. Monat. Seit 23. November 09 wieder gravid. Im 2. Monat trat eine deutliche Verschlimmerung ihres ganzen Zustandes auf, die stetig zunahm. Das Aussehen der Gr. wurde kachektisch und der Husten steigerte sich besonders nachts. Sie wurde dann von der Poliklinik in die Frauenklinik überwiesen.

Befund am 4. III. 10.

Gr. stark abgemagert, Aussehen gelb mit flammender Röte auf den Wangen. Augen liegen tief in den Höhlen, auf der linken Spitze Dämpfung, zahlreiche fein- und mittelblasige Rasselgeräusche. Atemgeräusch unbestimmt. Stimmphremitus verstärkt.

4. III. 10. Der künstl. Abort sollte eingeleitet werden. Einstweilen traten am 4. III. in der Frühe Blutungen auf und es erfolgte im Laufe des Tages spontan ein Abortus imperfectus. Die Reste wurden mit der Curette entfernt.

8. III. 10. Austritt aus der Klinik ohne augenscheinliche Aenderung ihres Befindens. Vielleicht ist die Mattigkeit etwas geringer und der Appetit mehr gehoben.

26. 4. 10. Ist nach Niederbayern verzogen.

11. Fall. Aufgenommen 8. III. 10.

H. Creszenz, Maurersfrau, 27 Jahre, 3 Gr. 3. Mens.

Gr. ist mütterlicherseits stark hereditär belastet, mit 18 Jahren Pleuritis exsudativa, mit 20 Jahren Haemoptoe. 2 Geburten gehen vorher, beide spontan, Kinder leben. Ein Kind mit Hydrocephalus, ein Kind schwächlich, leidet stets an Mittelohreiterung. Seit Ende Dezember wieder gravid. Seit Januar grosse Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, Abmagerung, Appetitlosigkeit. Trockner, quälender Husten.

Befund 8, III, 10.

Ueber beiden Lungen mehr oder minder grosse Dämpfungspartieen, zahlreiche Rasselgeräusche und besonders über der linken Spitze bronchiales Atmen. Leichte Temperatursteigerung, Körperzustand stark reduziert.

10. III, Einleitung des künstl. Aborts.

15. III. Bei Entlassung fühlte sich Pat. kräftiger, insbesondere der nächtliche quälende Husten hat nachgelassen, Appetit ist etwas gehoben.

26. 4. 10. Fühlt sich bedeutend wohler, Husten gering, wenig Schmerzen, Appetit wechselnd, Wohlbefinden im Allgemeinen gut.

Trotz aller Bemühungen gelang es nicht, die Patientinnen alle zur Nachuntersuchung zu bekommen. 7 Fälle konnten mehr oder minder genau untersucht

werden. Der Erfolg war in diesen Fällen gut. Die schweren Erscheinungen waren verschwunden, die meisten fühlten sich wohl und waren arbeitsfähig.

Zu erörtern wäre noch die Frage der Sterilisation. Bei Frauen, bei denen schon wiederholt die Schwangerschaft wegen Tuberkulose unterbrochen werden musste, und die in kurzer Zeit immer wieder gravid werden, ist bei guter Prognosestellung die Sterilisation zu diskutieren, um nicht stets wieder die Schwangerschaft unterbrechen zu müssen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Döderlein für die liebenswürdige Ueberlassung des Materials und Herrn Oberarzt Dr. Baisch für die freundliche Unterstützung an dieser Stelle meinen besten Dank zu sagen.

Literatur.

Gyn. Rundsch, 1907 B. I S. 152.
Fe lner, Beitr. z. Frage der Tbc. i. d. Schwangerschaft.
Beitr. z. pathol. Anat. 07 B. 41 S. 611.
Karl, Beitr. z. Tbc. d. Plazenta.
Beitr. z. Klinik d. Tbc. 1908 B. 4 S. 335.
Benecke und Kürbitz, 1 Fall v. Tbc. d. Plazentarstelle.
Archiv f. Gynäkologie 06 B. 77 S. 21.
Ueber die Erblichkeit d. Tbc. Unters. an Menschen, Plazenten und Foeten.
Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 06 Bd. 23.
Rosthorn, Tbc. u. Schwangersch.
Archiv f. Gyn. 09 B. 87 S. 131.
Rieländer und Meyer, ein Beitr. z. Tbc. i. d. Schwangersch.
Centralbl. f. Gyn. 08/09 B. 48 I S 394.
Hugaenin Nachweis d. Tbc.-Bazill. i. Blute eines Foetus.
Münchn. Med. Wochenschr. 05 No. 28 S. 1331
Reiche, Tbc. u. Schwangersch. 08 No. 10 S. 534.
Kürbitz, Plazentartubercul.
Münchn. Med. Wochenschrift. 09 No. 24 S. 1228.
Martin, Ueber Sterilisation tbc. schwangerer Frauen.
Archiv f. Gyn. B. 83 S. 369.
Pradella, Zur Frage d. künstl. Unterbrechung d. Schwangersch. wegen Lungentbc.
V. Winkel, Handb. d. Geburtshilfe
B. II H. I S. 589 (Freund),
B. II H. II S. 1303 (Seitz).
Cornet, Die Tuberculose.
Münchn. Med. Wochenschr. 09 No. 3.
Martin, Ophthalmoreaktion und Prognosestellung bei tuberkul. Frauen i. d. Gravidit.
Inaug. Diss. 05 Kellmann, Zur Frage d. künstl. Unterbrechung d. Schwangersch.
02 Schlüter, Die foetale Infektion d. Tuberk.
1898 Harbers, Zur Lehre d. Ueberlragung d. Tbc. auf dem Foetus.
1905 Tiesler, Tbc. und Schwangerschaft.